

## Informe Definitivo de Auditoría

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>
<b>LIDER DE PROCESO</b>	<b>ARMANDO RICARDO DELGADO SUÁREZ</b> Director Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
<b>AUDITORES</b>	<b>PAULO EMILIO MORILLO GUERRERO</b> Asesor Control Interno <b>JHON WILLIAM RUIZ RUBIO</b> Técnico Administrativo <b>GERMÁN CORREA AMADO</b> Contratista (Apoyo)
<b>FECHA DE AUDITORIA</b>	Julio de 2019

### OBJETIVO DE LA AUDITORIA

El objetivo de esta auditoria es evaluar las actividades realizadas en desarrollo del proceso de Planeación y Sistemas, por parte de los responsables de ejecutar las tareas pertinentes.

### ALCANCE DE LA AUDITORIA

Se incluirán las acciones y actividades adelantadas dentro de todos los procesos y sistemas en los que participa el área auditada, durante el año 2018 y lo corrido del año 2019.

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

#### 1. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El objetivo de este sistema es evaluar la eficacia, eficiencia, adecuación y conveniencia del modelo de gestión a través del suministro de información confiable sobre su desempeño con respecto a los objetivos de calidad definidos, así como recomendar acciones correctivas o de mejora encaminadas al logro de estos objetivos.

#### MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MNL-SGC-001 Versión 7

La finalidad del Manual de Calidad es de servir de instrumento orientador para aplicar en el Fondo de Previsión Social del Congreso los estándares establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y NTCGP 1000:2009, esta última norma técnica cumple con lo establecido en el artículo 6° de la ley 872 de 2003 que especifica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la Rama Ejecutiva del poder

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

público

Este documento está compuesto por la política y objetivos de calidad, el alcance del Sistema de Gestión, exclusiones de la norma de calidad mencionada y la relación de los procedimientos documentados e interrelación de los procesos.

La Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000 es la norma aplicable a las entidades públicas de la Rama Ejecutiva especificando los requisitos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad. La norma fue expedida en virtud del artículo 6° de la ley 872 de 2003, que en su artículo 1°, crea el Sistema de Gestión de la Calidad de las entidades del Estado como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional.

Con la expedición de la ley 1753 de 2015, en el artículo 133 se integra el Sistema de Gestión de la Calidad (Ley 872 de 2003) y el Sistema de Desarrollo Administrativo (Ley 489 de 1998) en un solo Sistema de Gestión y en el inciso final del mismo artículo precisa la pérdida de vigencia de los modelos de gestión mencionados una vez se reglamente e implemente este nuevo modelo de gestión integrado. En virtud de lo anterior, el certificado NTCGP 1000:2009 y la ley 872 de 2003 que lo reglamentaba fueron derogados con el decreto 1499 de 2017 que implementó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); según el artículo 2.2.22.3.12 del decreto anteriormente mencionado: *“Las certificaciones otorgadas de conformidad con la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009 continuarán vigentes hasta la fecha para la cual fueron expedidas”*.

### **Observación No. 1 - Actualización del Manual de Calidad MNL-SGC-001 Versión 7**

Con base en todo lo mencionado anteriormente, si en la Entidad se decide no eliminar del Sistema de Gestión de Calidad el Manual de Calidad, el Manual de Calidad de la Entidad debe ser ajustado como consecuencia de la pérdida de la vigencia del certificado NTGCP 1000:2009. Según lo mencionado dentro del mismo documento en el punto 2. Control del Manual, numeral en que se afirma que el contenido del manual puede ser modificado por el Responsable del Sistema de Gestión como consecuencia de: *“Modificaciones a los modelos de gestión de la calidad aplicables a la entidad NTCGP 1000:2009 y NTC-ISO 9001:2015”*.

Es de tener en cuenta que el Manual de Calidad MNL-SGC-001 está incluido dentro del numeral 7.5 como parte de la Información documentada de la NTC-ISO 9001:2015.

Igualmente, el manual debe alinearse con el nuevo modelo integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en concordancia con el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 y el decreto 1499 de 2017

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

### PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD PRO-GCD-001 V.4 (2018)

Una auditoria es una inspección, programada o no, que se realiza en la Entidad para verificar el funcionamiento correcto en diferentes temas. En el caso de las auditorías internas de calidad, que son llevadas a cabo dentro de Fonprecon por el personal dispuesto para tal fin, su objetivo es la verificación del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001.

El Manual de Calidad contempla en el **Punto 8.5 Procedimientos obligatorios de calidad** a las auditorías internas de calidad como un procedimiento requerido por las normas de calidad en las que la Entidad se ha certificado, esto con el fin de garantizar el mantenimiento y la mejora del Sistema de Gestión. Con lo anterior, el Sistema de Gestión de la Entidad, dispone del procedimiento PRO-GCD-001 V.4 para la ejecución de auditorías internas de calidad y sus formatos anexos.

La actividad inicial del procedimiento de la auditoria interna de calidad es la proyección del programa de auditorías de calidad, este debe ser elaborado por el auditor o gerente de calidad en el formato F01-PRO-GCD-001 dispuesto para este fin. El programa de auditorías internas de calidad será aprobado por el Director General, quien puede solicitar cambios o adiciones al mismo.

Siguiendo la secuencia de las actividades del procedimiento, se formula el plan de auditorías internas en el formato F02-PRO-GCD-001 establecido para este fin.

#### **Observación No. 2 - Incumplimiento elaboración Programa de Auditorias**

No se evidencia la existencia de un programa de auditorías internas de calidad elaborado según lo dispuesto por el *punto 6. Políticas y condiciones generales* del procedimiento para la ejecución de auditorías internas de calidad. Esto también representa un incumplimiento en lo dispuesto por la NTC-ISO 9001:2015 dentro del literal a) del numeral 9.2.2. donde la organización debe: *“planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas”*

Aunque se realiza una auditoría anual al Sistema de Gestión de Calidad, esta responde a una preparación a la certificación de ICONTEC, no cumpliendo con lo establecido en la norma NTC-ISO 9001:2015 dentro del literal a) del numeral 9.2.2., la que establece una planificación de auditorías con alguna frecuencia, que garantice estado actualizado

### **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

del Sistema de Gestión en la Entidad o poder implementar acciones correctivas de manera eficaz y buscando mantener el ciclo permanente de mejoramiento continuo dentro de los procesos.

Por lo tanto, la no planificación del ejercicio auditor puede conllevar a la formulación y ejecución de planes de auditoria poco objetivos y sin los criterios necesarios para evaluarse los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de una manera permanente, eficaz y orientada al mejoramiento continuo.

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en su respuesta no aporta un documento en el que se evidencie un plan, programación o programa de auditorías de calidad en la entidad aprobado por el Director General.

Se aporta únicamente el **formato código: F01-PRO-GCD-001 versión: 2** diligenciado, de un programa interno de una auditoría de calidad realizada el 3 y 4 de abril de 2019.

Por lo anterior, es importante diferenciar el “Plan, Programación o Programa de Auditorías Internas de Calidad” y el “Programa Interno” que debe tener una auditoría interna de calidad:

- Plan, Programación o Programa de Auditorías Internas de Calidad, documento que listaría los procesos auditores a realizar en una vigencia con la justificación basada en criterios objetivos de selección de procesos, duración, el objetivo que pretende alcanzar y el alcance de cada una de las auditorías, con la respectiva aprobación del Director General.
- Para el “Programa de Auditoría” que deben tener todas las Auditoría Internas de Calidad, como resultado del proceso de planeación, este debe contener el objetivo y alcance de la auditoría, las actividades a realizar en la auditoría que se está programando, tiempos de inicio y finalización para cada actividad, recursos humanos y físicos para la realización del ejercicio auditor, definición de los criterios de la auditoría o normas internas o externas que rigen el desarrollo de las actividades, fechas de las etapas de la auditoría a realizar (reunión de apertura, trabajo de campo y cierre de la auditoría).

Este “Programa de Auditoría” se debe hacer para cada una de las auditorías incluidas en el “Plan o Programa de Auditorías Internas de Calidad”.

### **Recomendación - Realización de Auditorías Internas de Calidad**

Es importante anotar que el Sistema de Gestión de la Calidad en una entidad debe emplear el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

(PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

El ciclo PHVA permite a una entidad asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

El pensamiento basado en riesgos permite a una entidad determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan.

Una vez realizada la planeación de las diferentes actividades en los procesos, es de imperiosa necesidad asegurar que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad y promoviendo la mejora continua.

La Alta Dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de la Norma; asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas y para que en todo proceso existan oportunidades de mejora.

La entidad debe planificar, implementar y controlar los procesos, a través del desarrollo de auditorías internas de calidad en las que se realizan actividades de verificación que aseguren que las salidas de los procesos cumplan los requisitos de las entradas; adicionalmente, se deberán realizar actividades de validación para asegurar que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto.

La entidad debe llevar a cabo auditorías internas de calidad a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad.

Es indispensable que la Entidad en su programa de auditorías para la vigencia, incluya el número de auditorías que garanticen el aseguramiento de la calidad de los procesos que generen más riesgos en la salida de productos, no necesariamente contratando auditorías externas, permitiendo así la aplicación del ciclo P-H-V-A.

La Entidad debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada y esto se lograría a través de un ejercicio de verificación y control rutinario en los procesos.

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Las auditorías internas deben realizarse de manera frecuente para verificar el estado actualizado del Sistema de Gestión en la Entidad, no solamente para prepararse para una eventual auditoría de certificación sino también para poder implementar acciones correctivas de manera eficaz y buscando mantener el ciclo de mejoramiento continuo dentro de los procesos, como se mencionó anteriormente.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS PRO-GCD-003 Versión 5 (23-02-2018)**

La documentación de la información como resultado de la operación de la Entidad tiene una misión de vital importancia dentro del Sistema de Gestión de Calidad, el objetivo es servir de apoyo a los procesos y estandarizar la trazabilidad de la información en los procedimientos existentes. La norma NTC-ISO 9001:2015 plasma lo anteriormente señalado en el numeral 7.5 Información Documentada, dentro de este numeral se expone como debe realizar la administración y control de la documentación a través de los siguientes numerales:

*7.5.1 Generalidades de la información documentada*

*7.5.2 Creación y actualización de la información documentada*

*7.5.3 Control de la información documentada*

En cumplimiento con la norma de calidad, la Entidad dispone de un procedimiento para la administración y control de documentos PRO-GCD-003 Versión 5. Este procedimiento tiene establecido las actividades y condiciones para para administrar y controlar la documentación interna y externa dentro del Sistema de Gestión de calidad existente en el Fondo.

El desarrollo del procedimiento inicia con la solicitud por parte del líder del proceso para crear o modificar un documento asociado a sus actividades, que deberá comunicarle de manera verbal o escrita al Responsable del Sistema de Gestión de Calidad. La elaboración o modificación del documento es realizado por el Responsable de Calidad en conjunto con el líder del proceso, quienes deberán recoger las firmas de los responsables del documento en la portada. La aprobación del documento es a través de la firma del Director General en el espacio dedicado para este fin, luego es remitido de vuelta al Responsable de Calidad para la actualización del listado maestro de documentos y a la difusión del formato al interior del proceso.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS REGISTROS PRO-GCD-004 Versión 3 (23-02-2018)**

La realización de las actividades de un procedimiento tiene como resultado evidencias



## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

soportadas a través de documentos, estos documentos son llamados registros. Un registro, definición extraída de la norma NTC-ISO 9000:2015 en el numeral 3.8.10, es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas; siendo los registros útiles para formar la trazabilidad y proporcionar evidencias de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

En la norma NTC-ISO 9001:2015 en el último párrafo del numeral 7.5.3.2 se señala que *“La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas”*, esto es parte del control establecido de la información documentada para garantizar la integridad, confidencialidad y uso adecuado de los documentos asociados a los procesos y sus resultados.

Para aplicar lo anteriormente dicho, Fonprecon cuenta el procedimiento para el control de registros PRO-GCD-004 Versión 3 que tiene como objetivo la administración y control de los registros de la Entidad para la conservación de las evidencias de las actividades en los procedimientos.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES PRO-GCD-006 Versión 7 (24-05-2019)**

Las salidas no conformes son los incumplimientos de un requisito del producto o servicio que recibe directamente el cliente o el usuario. La norma NTC-ISO 9001:2015 dedica el numeral 8.7 para control de las salidas no conformes, el apartado de la norma expone que *“La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada”*.

En cumplimiento de la norma, Fonprecon cuenta con un procedimiento para el control de salidas no conformes PRO-GCD-006 Versión 7. El procedimiento tiene como objetivo establecer las acciones para el tratamiento de las salidas no conformes en los procesos misionales de la Entidad, teniendo alcance desde la identificación de la salida no conforme hasta la verificación de las acciones tomadas al respecto.

### **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA PRO-GCD-005 Versión 3 (23-02-2018)**

El numeral 10.2 de la norma NTC-ISO 9001:2015 establece que cuando ocurra una no conformidad se deben tomar las acciones para controlarla y corregirla, estas acciones deben ser apropiadas a los efectos las no conformidades encontradas (10.2.1). Para dar cumplimiento al anterior numeral, la Entidad ha dispuesto el procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas y de mejora PRO-GCD-005 que se encuentra actualizado a la Versión 3.

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

El objetivo del procedimiento es establecer las actividades para identificar, prevenir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de no conformidades dentro de todos los procesos del Sistema de Gestión de la Entidad. Para el registro de las no conformidades detectadas se tiene un formato asociado con código F01-PRO-GCD-005, esto es en función del mismo numeral 10.2 donde la Entidad debe conservar la información documentada la ocurrencia la no conformidad y su tratamiento (10.2.2)

La identificación de las no conformidades puede provenir de distintas fuentes, internas o externas a la Entidad, y se pueden determinar de: Auditorías internas de Control Interno, Quejas y Reclamos de los usuarios, problemas y no conformidades presentados en los procesos, indicadores de gestión de los procesos, revisión por parte de la Dirección, evaluación de la satisfacción del usuario (Encuestas de satisfacción), observaciones de auditorías internas de calidad, riesgos materializados por proceso, identificación de salidas no conformes y/o identificadas por personal de FONPRECON.

### **Observación No. 3 - Incumplimiento Procedimiento PRO-GCD-005**

En el desarrollo de los procesos y producto de diversos factores se han evidenciado, por parte de la Unidad de Riesgo Operativo - URO con la detección a las materializaciones de riesgos o la Oficina de Control Interno con los ejercicios auditores, la ocurrencia de no conformidades y de salidas no conformes que no han presentado el tratamiento implementado a través del procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas y de mejora PRO-GCD-005. Por ejemplo, se pueden mencionar los casos de incumplimiento de términos en las PQRS evidenciado por la Oficina de Control Interno o los hallazgos encontrados en el proceso de Talento Humano en la auditoria de marzo de 2019. Por lo anterior, la no aplicación del procedimiento constituye un incumplimiento al numeral 10.2.1 de la norma NTC-ISO 9001:2015 que dice: *“Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:*

*a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: tomar acciones para controlarla y corregirla; hacer frente a las consecuencias;*

*b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; implementar cualquier acción necesaria; revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.*

*Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas”*

Se evidenció que las medidas fueron tomadas a raíz del informe auditor de Control Interno, pero este, solo señaló la existencia de una no conformidad en relación al pago



## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

de nómina de un funcionario del 2018 que tenía una corrección en 2019. La corrección se estaba adelantando sin lo contemplado en el procedimiento PRO-GCD-005, por lo tanto, constituye un incumplimiento al mismo.

## **MAPA DE RIESGOS GESTIÓN DE LA CALIDAD**

El proceso de Gestión de la Calidad cuenta con un mapa de riesgos de gestión Versión 5 donde se encuentran incluidos los siguientes cuatro riesgos:

INEXACTITUD, Presentar información errada o incongruente, respecto al Sistema de Gestión de la Calidad

PERDIDA, No obtener la certificación o suspender la certificación del Fondo

ESTANCAMIENTO del Sistema de Gestión de Calidad

INCUMPLIMIENTO, en actividades y tiempos planteados en acciones preventivas y correctivas

Así mismo, los anteriores riesgos tienen controles y acciones que disuaden la no materialización de estos y mitigación del impacto en tal caso que estos escenarios ocurran.

### **Observación No. 4 - Fortalecimiento Mapa de Riesgos**

Los anteriores riesgos se encuentran muy orientados al desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en la Entidad sin tener en cuenta las actividades como administración y control de documentos, tratamiento de no conformidades y actividades de auditoría s de calidad.

Se evidencia falta de identificación de riesgos que pueden existir, por ejemplo, dentro del procedimiento de auditorías internas de calidad, como es el caso del riesgo por incumplimiento del programa y del plan de auditorías internas de calidad. La administración y control de documentos constituyen una parte vital del SGC que no se encuentra exonerado de la materialización de algún riesgo, por ejemplo, el uso inadecuado u obsoleto de la información documentada asociada a los procesos.

Debido a la existencia de no conformidades en los procesos y salidas no conformes que afectan el Sistema de Gestión, se hace indispensable actualizar el mapa de riesgos. No realizar la actualización ocasiona un incumplimiento al literal e) del numeral 10.2.1 que señala: *“si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la*

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

*planificación”.*

La actualización de los mapas de riesgos debe realizarse de manera periódica según lo señalado en el artículo 4.2. Capítulo 4. Título 1. Parte 1 de la circular 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia: “4.2.5. Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos”

## 2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

El objetivo de este proceso es definir las directrices, estrategias y demás disposiciones que permitan orientar las acciones del Fondo, para dar cumplimiento a su misión. Direccionar, comunicar, coordinar y evaluar la política y la gestión de FONPRECON al igual que el cumplimiento de los objetivos y metas sectoriales.

El proceso de Direccionamiento Estratégico, cuenta en el Sistema de Gestión de la Calidad de FONPRECON, con Tres (3) procedimientos, los cuales son:

- Procedimiento para la elaboración del informe de Gestión.
- Procedimiento para la formulación, ejecución y seguimiento al plan de acción.
- Procedimiento para la revisión por la dirección del SIG.

## PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

El objetivo de este procedimiento es elaborar el Informe anual de Gestión del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República FONPRECON, a partir de los reportes presentados por los procesos, con el fin de hacer acopio, analizar y consolidar la información definitiva que comprenderá el informe anual que la Entidad debe poner en conocimiento de los usuarios y la ciudadanía interesada, sobre el quehacer de FONPRECON en cada anualidad.

Tiene como base legal la Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”. Artículo 74 plan de acción de las entidades públicas e informe de gestión.

El procedimiento incluye las actividades correspondientes a la conformación y consolidación del informe de gestión, con responsables y tiempos para el desarrollo de las actividades y con controles de verificación de la entrega de la información en las fechas estipuladas en el procedimiento por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación para el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 Artículo 74 en donde se

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

especifica que a más tardar el 31 de enero de cada año se deberá publicar en la página web de la Entidad, el informe de gestión del año inmediatamente anterior.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN PLAN DE ACCIÓN**

Este plan hace referencia a los proyectos que desarrollará la entidad en una determinada vigencia, en función de las directrices del sector de la Salud y la Protección Social y del Director General de la Entidad. Es el instrumento que determina las acciones, actividades, responsables e indicadores para el mejoramiento de la gestión institucional.

La Entidad cuenta con un procedimiento “*PARA LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION*”, que se contradice en el punto 2 y el Desarrollo del Procedimiento.

#### **OBSERVACIÓN No. 5 – Contradicción en el Procedimiento Plan de Acción.**

En el procedimiento para la formulación, ejecución y seguimiento al plan de acción, el alcance es:

*“2. ALCANCE: El procedimiento inicia con la solicitud del Jefe de Planeación dirigida a los responsables de proceso, sobre las líneas de acción que se pretenden ejecutar en el año en cuestión y finaliza con la evaluación del Plan por parte del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.”*

Pero al revisar las actividades establecidas en el punto 7. *Desarrollo del Procedimiento*, se observa que estos no coinciden, ya que la primera actividad es “*Consultar las condiciones internas y externas de la Entidad que influyen en el quehacer institucional*” y cuyo responsable es el Director General.

Por lo anterior, se solicita revisar en su totalidad el procedimiento existente y proceder a su ajuste, para que estén coordinadas todas las acciones y actividades allí descritas.

### **PLANES DE ACCIÓN**

Para el año 2018, en el mes de enero se puso en marcha el Plan de Acción, el cual contenía 13 actividades. Posteriormente en el mes de Junio se emitió por parte del Gobierno Nacional el Decreto 612 de 2018, el cual solicitaba incluir una serie de planes de acción de las entidades, (Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Plan Estratégico de

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Lo anterior con el fin de alinear estos planes con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. Por esta razón, en FONPRECON, se modificó dicho plan, quedando con 24 actividades, de las cuales nueve (9) actividades quedaron asignadas a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Se le solicitó por vía electrónica, a la Oficina Asesora de Planeación Sistemas, el seguimiento realizado a dicho plan de acción, con corte al 31 de Diciembre de 2018, ya que en la página web de la entidad se encontró un archivo referido a este plan de acción, pero solo contiene el seguimiento a las primeras once (11) actividades incluidas en dicho plan, pues este cuenta con veinticuatro (24) actividades, el cual nos fue allegado, encontrando que de las nueve (9) actividades asignadas, cinco (5) no se culminaron.

A continuación, se presenta el estado en que finalizaron las 9 actividades del plan de acción, en la vigencia 2018 cuya responsabilidad de ejecución correspondió a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

No LINEA	ACTIVIDAD POR EJECUTAR	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	AVANCE INDICADOR
4	Revisión, depuración, inserción y sincronización de datos de los diferentes sistemas de información existentes y su posible interface	Iniciar con el proceso de revisión de la información existente en los diferentes aplicativos de la entidad, e identificar los errores existentes para posteriormente corregir, insertar y sincronizar los datos.	% de aplicativos revisados	# de aplicativos revisados/ # de aplicativos existentes en la Entidad	$\frac{\# (3) \text{ de aplicativos revisados}}{\# (3) \text{ de aplicativos existentes en la Entidad}} \times 100 = \mathbf{100\%}$
8	Establecer mecanismos que faciliten la atención a requerimientos de los usuarios, mediante el uso de medios electrónicos	Obtener una atención de los grupos de valor en medios electrónicos en un porcentaje del 40% sobre los datos estadísticos de PQRD generados en el año	Índice de aumento en la atención de usuarios por medios electrónicos	(No de Usuarios atendidos por medios electrónicos / No total de PQRD recibidas en el año) X 100	$\frac{(\text{No de Usuarios atendidos por medios electrónicos } (343) + (362) + (758) + (464) = 1927)}{\text{No total de PQRD recibidas en el año } (2.919 + 1484 + 1622) = 6025} \times 40\% = 2,410$ $\times 100 = \mathbf{80\%}$

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

9	Diseñar y ejecutar una encuesta para medir el grado de satisfacción de los usuarios	Ejecutar una metodología para la realización de encuestas en la entidad que midan el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos por el trato y servicio recibido, así como la aplicación de dos (2) encuestas en el año, es decir una en cada semestre.	Realización de metodología y aplicación de encuestas de medición de la satisfacción del usuario interno y externo por el trato y servicio recibido	metodología para medición de satisfacción del usuario por el trato y servicio recibido y aplicación de dos (2) encuestas 1 por cada semestre realizadas	Se cumplió con la ejecución de una metodología para la realización de encuestas en la entidad que midan el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos por el trato y servicio recibido, así mismo se aplicaron 2 encuestas en el año 2018. Una para cliente externo y otra para el cliente interno. <b>100%</b>
12	Desarrollar el programa de administración de Talento Humano	Verificar los subsistemas de Planificación, Organización, Gestión del Empleo, Gestión del Rendimiento, Gestión de la Compensación, Gestión del Desarrollo, Gestión de las Relaciones Humanas y Sociales	desarrollo del programa de talento humano	programa de administración del talento humano desarrollado	Se desarrolló el programa de administración de talento humano, dentro de las acciones de seguimiento previstas para el plan de acción 2018. <b>100%</b>
13	Desarrollo y puesta en marcha del sistema de información de Historia Laboral, integrada dentro de la solución ERP (Enterprise Resource Planning) presente en la Entidad	Diseño y Desarrollo del sistema de información de Historia Laboral, integrada dentro de la solución ERP (Enterprise Resource Planning) presente en la Entidad	Sistema de información de Historia Laboral en Marcha	Sistema de información HISTLAB puesto en marcha, integrada dentro de la solución ERP (Enterprise Resource Planning)	El sistema de información se diseño, desarrolló y se encuentra en revisión del usuario funcional para la migración de datos y producción, de tal manera que el indicador resultante a 31 de Diciembre de 2018, es del <b>90%</b>
21	Formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Cumplir con las acciones establecidas en el plan anticorrupción y servicio al ciudadano para el año 2018	Cumplimiento del Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano	No de actividades ejecutadas / No de actividades programadas en el plan anticorrupción para la vigencia 2018	(No de actividades ejecutadas (26)/ No de actividades programadas en el plan anticorrupción 2018 (26))+ 100 = <b>100%</b>
22	Formular el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	Realizar el análisis de necesidades para formular el PETI, proyectado a cuatro años	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información formulado	Actividades del PETI ejecutadas en 2018/ Actividades programadas para 2018	(Actividades del PETI ejecutadas en 2018 (6)/ Actividades PETI programadas (7))*100= <b>85,7%</b>

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

23	Formular, ejecutar y evaluar el Plan de tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Formular y aprobar un plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Plan de tratamiento de riesgos formulado	Actividades del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información ejecutadas / Actividades programadas	(Actividades del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información ejecutadas (4) / Actividades programadas (5))*100 = <b>80%</b>
24	Formular, ejecutar y evaluar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Formular el plan de seguridad y privacidad de la información	Plan de seguridad y privacidad de la información formulado	Actividades del plan de seguridad y privacidad de la información ejecutadas / Actividades programadas	(Actividades del plan de seguridad y privacidad de la información ejecutadas (4) / Actividades programadas (5))* 100 = <b>80%</b>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Para el año 2019, se realizó el Plan de Acción, el cual consta de veintidós (22) actividades, de las cuales seis (6) fueron asignadas a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas. Se presenta el avance correspondiente:

No LINEA	ACTIVIDAD POR EJECUTAR	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	AVANCE INDICADOR
16	Ejecutar y hacer seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	Ejecutar las actividades relacionadas con los proyectos de TI y catalogados dentro de la vigencia 2019	Eficacia de la ejecución del PETI, vigencia 2019	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	(Actividades ejecutadas (8) /Actividades programadas (20)) *100 = <b>40%</b>
17	Entregar el documento de plan de tratamiento de riesgos a la unidad de riesgo operativo URO, para fines de socialización y aplicabilidad	Entregar el documento de plan de tratamiento de riesgos a la unidad de riesgo operativo URO, para fines de socialización y aplicabilidad	Entrega de plan a la URO	Actividades ejecutadas / Actividades programada	(Actividades ejecutadas (1) /Actividades programadas (4)) *100 = <b>25%</b>
18	Revisar y ajustar complementariamente al Modelo de Seguridad y Privacidad de Seguridad de la Información MSPI	Avanzar en la adopción y maduración del MSPI	Maduración de la adopción MSPI	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	(Actividades ejecutadas (4) / Actividades programadas (12)) *100 = <b>33,33%</b>
19	Formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Cumplir con las acciones establecidas en el plan anticorrupción y servicio al ciudadano para el año 2018	Cumplimiento del Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano	No de actividades ejecutadas / No de actividades programadas en el plan anticorrupción para la vigencia 2018	(No de actividades ejecutadas (8) / No de actividades programadas en el plan anticorrupción para la vigencia 2018 (24)) *100 = <b>33,33%</b>



**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

20	Iniciar el alistamiento para el cumplimiento de la norma ISO 31000:2018 correspondiente a la Gestión del Riesgo	Realizar el Plan de Trabajo para el cumplimiento de la norma ISO 31000:2018 correspondiente a la Gestión del Riesgo	Consolidación del plan de trabajo conforme a los requerimientos de la norma ISO 31000:2018 correspondiente a la Gestión del Riesgo	Plan de Trabajo formulado y aprobado para iniciar el alistamiento al cumplimiento de la norma 31000:2018 correspondiente a la Gestión del Riesgo	Plan de Trabajo formulado y aprobado para iniciar el alistamiento al cumplimiento de la norma 31000:2018 correspondiente a la Gestión del Riesgo
22	Iniciar el alistamiento para el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 correspondiente a Gestión Ambiental	Realizar el Plan de Trabajo para el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 correspondiente a Gestión Ambiental	Consolidación del plan de trabajo conforme a los requerimientos de la norma ISO 14001:2015 correspondiente a Gestión Ambiental	Plan de Trabajo formulado y aprobado para iniciar el alistamiento al cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 correspondiente a Gestión Ambiental	Plan de Trabajo formulado y aprobado para iniciar el alistamiento al cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 correspondiente a Gestión Ambiental

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

En el mes de enero de 2019, se institucionalizó el Plan de Acción para dicho año, pero se observa que las perspectivas estratégicas utilizadas, fueron las mismas del Plan Estratégico 2015-2018.

**Observación No. 6 - Seguimiento Planes de Acción**

Se evidenció que el seguimiento a las actividades del plan de acción de 2018 con corte a 31 de diciembre y de las actividades del plan de acción de 2019 en lo corrido del año, no se encuentran en la página web de la entidad, por lo que se debe actualizar la página, ya que se estaría incumpliendo lo estipulado en el artículo 3 (principios de transparencia, facilitación y divulgación proactiva de la información) artículo 7 y literal d del artículo 9°, la Ley 1712 de 2014.

**PLAN ESTRATEGICO**

En la página web de la entidad, se evidenció la publicación de la aplicación de cada uno de los indicadores concernientes a los diferentes objetivos estratégicos del plan estratégico 2015-2018, para cada uno de los años, pero no se encuentra la medición de la ejecución acumulada para cada objetivo, donde se pueda evidenciar de cumplimiento parcial o total acumulado.

Lo anterior debido a que cuando se diseñó dicho plan, no se determinó el porcentaje de avance esperado de los diferentes objetivos estratégicos y sus actividades por desarrollar para cada año; no se previó que el incumplimiento o cumplimiento parcial de actividades y objetivos debió tenerse en cuenta para adicionarlos al siguiente año, teniendo en cuenta que son acciones o actividades consecutivas, con lo cual se garantizaría el cumplimiento total del plan estratégico en el 4º año.

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Adicionalmente, no se le asignaron pesos específicos a cada actividad de acuerdo con su importancia en el cumplimiento de los objetivos estratégicos ni se aplicaron indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad periódicamente.

Por lo anterior, se pudo conocer únicamente la ejecución anual o cumplimiento parcial por año del plan estratégico, sin conocer el cumplimiento total del plan estratégico de la entidad.

Todos estos aspectos mencionados anteriormente, fueron advertidos por la Oficina de Control Interno desde la vigencia 2017.

Teniendo en cuenta el memorando radicado por la Oficina de Planeación con número 201962200017383 del 11 de junio del presente año, en respuesta a la primera solicitud de información realizada por Control Interno, se pudo determinar que el plan estratégico 2019-2022, está contemplado para ser puesto en marcha en Julio del 2019.

### **Observación No. 7 - Plan Estratégico**

Debido a que no se pudo evaluar el cumplimiento y los resultados del Plan Estratégico 2015-2018, se incumplió lo establecido en el artículo 29 de la Ley 152 de 1994 “*Artículo 29º.-Evaluación. Corresponde al Departamento Nacional de Planeación, en su condición de entidad nacional de planeación, diseñar y organizar los sistemas de evaluación de gestión y de resultados de la administración, tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión, y señalar los responsables, términos y condiciones para realizar la evaluación. Dichos sistemas tendrán en cuenta el cumplimiento de las metas, la cobertura y calidad de los servicios y los costos unitarios, y establecerán los procedimientos y obligaciones para el suministro de la información por parte de las entidades. Para los efectos previstos en este artículo todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar, con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y de las funciones que le señale la ley, un plan indicativo cuatrienal con planes de acción anuales que se constituirá en la base para la posterior evaluación de resultados.*”

### **PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCION DEL SIG**

Este procedimiento tiene como objeto revisar a intervalos determinados por la alta Dirección, el Sistema de Gestión de la Calidad del FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA - FONPRECON, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.

### **MAPAS DE RIESGOS**

El proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta con un mapa de riesgos de corrupción en el cual se incluye 1 riesgo así:

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Identificación del Riesgo				OBSERVACIÓN CONTROL INTERNO
Procesos/objetivos	Causa	Riesgo	Consecuencia	
Direccionamiento Estratégico: Definir las directrices, estrategias y demás disposiciones que le permitan orientar las acciones del Fondo, para dar cumplimiento a su misión. Direccionar, comunicar, coordinar y evaluar la política y la gestión de FONPRECON al igual que el cumplimiento de los objetivos y metas sectoriales	Encaminar en forma intencional planes, programas y proyectos orientados a favorecer intereses particulares	Incumplimiento de las actividades incluidas en los planes, programas y proyectos formulados en la entidad y de los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional	Afectación de recursos públicos y de los intereses de la Nación	Se recomienda ajustar el riesgo ya que no todo incumplimiento de los planes, programas y proyectos se le podría atribuir a actividades de corrupción. Adicionalmente, la causa podría estar dirigida a la falta de mecanismos de control en el diseño y planeación de los planes, programas y proyectos que estén dirigidos a favorecer intereses particulares.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Con respecto al mapa de riesgo operativo o de gestión se considera que el mapa contiene controles efectivos y causas que corresponden a los riesgos establecidos.

### PROYECTOS DE INVERSIÓN

Durante los últimos años, la entidad ha obtenido recursos para ser ejecutados a través de recursos del presupuesto de inversión, lo cual ha resultado muy benéfico para una mejor operación.

Para los años auditados, se observa que se ejecutó en el año 2018 el proyecto de “adecuación y modernización de las instalaciones del Fondo de Previsión Social del Congreso” y en el año 2019, se está adelantando el proyecto “fortalecimiento inventario documental del Fondo de Previsión Social del Congreso”.

Se observa que, para los dos proyectos, se han realizado los informes de avance que requiere el DNP, de manera puntual, pero un factor común, es que en los primeros meses el grado de avance es mínimo en gestión y nulo en avance financiero, por lo que los recursos financieros normalmente se ejecutarán en los últimos meses del año, lo que en algún momento podría traer problemas al final del año, si no se llegaran a poder ejecutar dichos recursos debido a inconvenientes de fuerza mayor.

Por lo que se sugiere que, para futuros proyectos se deberá iniciar la puesta en marcha de dichos proyectos en los primeros meses del año y así evitar inconvenientes

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

posteriores.

Así mismo creemos que dentro del procedimiento que se va a realizar para la formulación, implementación y seguimiento de estos proyectos, se debe incluir una actividad, donde el responsable del proyecto realice un informe de avance trimestral de la ejecución del proyecto para ser presentado a la Dirección, según el cronograma presentado por el área responsable, el cual debe ser corroborado por la Oficina Asesora de Planeación.

### ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO

En la información allegada a esta oficina, se pudo establecer que la entidad ha presentado en las vigencias auditadas, el anteproyecto de presupuesto, dentro de los términos establecidos en las circulares emitidas por el Ministerio de Hacienda, cumpliendo con los parámetros definidos y con las fechas establecidas.

Así mismo se elaboró de acuerdo con las actividades establecidas en el procedimiento para la preparación del anteproyecto de presupuesto de la entidad, procedimiento que fue actualizado el día 14 de diciembre de 2018.

### Observación N° 8 - Procedimientos faltantes.

El proceso de planeación cuenta con dos gestiones totalmente diferenciadas en el Sistema de Gestión de la Calidad, los cuales son Gestión Tecnológica y Direccionamiento Estratégico Institucional.

En cuanto a la Gestión Tecnológica, cuenta con doce (12) procedimientos, donde se encuentran descritas todas las acciones que adelanta el grupo de sistemas.

El Direccionamiento Estratégico Institucional, tiene tres (3) procedimientos, los cuales después de estudiar y analizar su alcance, encontramos que existen algunas actividades importantes que deben estar enmarcadas en un procedimiento, por lo que se considera su diseño e inclusión en el Sistema de Calidad de la Entidad, tales como:

- Procedimiento para la Formulación y modificación del Plan Estratégico
- Procedimiento para la medición del Nivel de satisfacción de los clientes, incluyendo la forma de recolección de la información y la tabulación de la misma.
- Procedimiento para la identificación, formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión.
- Procedimiento para organizar y responder por el sistema de estadísticas institucionales.

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

### 3. GESTIÓN TECNOLÓGICA

El proceso de Gestión Tecnológica tiene como objetivo prestar servicios y herramientas tecnológicas para garantizar la operatividad de los sistemas de información de apoyo a los procesos existentes en la Entidad. Cuenta con procedimientos documentados en el marco de la norma de calidad NTC-ISO 9001:2015, siendo identificados los siguientes:

- Procedimiento para la administración de la página WEB
- Procedimiento para la trasmisión mensual de estadísticas sobre afiliados y pensionados de FONPRECON a la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Procedimiento generación y restauración de Backup para sistemas de información
- Procedimiento para la asignación de credenciales de acceso a servicios de tecnología
- Procedimiento de aplicación de parches de seguridad
- Procedimiento para paso a producción componentes de tecnologías de información
- Procedimiento para administración de tecnologías de información (TI)
- Procedimiento de gestión antivirus
- Procedimiento para la solución de incidentes y requerimientos a través de la mesa de ayuda
- Procedimiento para solicitud de soporte y mantenimiento de hardware y software a terceros
- Procedimiento de custodia para credenciales de administración de TI

Igualmente, el proceso cuenta con políticas, planes, manuales y formatos anexos que soportan la información producto del desarrollo de las distintas actividades.

#### **PROCEDIMIENTO MESA DE AYUDA PRO-GTC-012 Versión 1 (06-05-2019)**

La mesa de ayuda tiene un objetivo dentro de la Entidad alrededor del proceso de tecnología que es de resolver los incidentes y requerimientos tecnológicos a los funcionarios y contratistas del Fondo de Previsión Social del Congreso. La Oficina de Planeación y Sistemas está encargada de ejecutar las actividades para cumplir a cabalidad con el objetivo de la mesa de ayuda, para esto se ha establecido el procedimiento PRO-GTC-012 para la solución de incidentes y requerimientos a través de la mesa de ayuda.

El procedimiento inicia con el reporte del incidente o requerimiento realizado por el

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

funcionario y/o contratista a través de la Intranet de la Entidad, se establecen unos niveles de atención del servicio de acuerdo a la complejidad del reporte que pueden variar desde tres horas hasta 36 horas para la resolución. El procedimiento finaliza con la atención y solución satisfactoria al reporte interpuesto por el afectado.

### PLAN PARA EL TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

#### Creación de nuevos riesgos de Seguridad de la Información

Actividad	Avance Área de Sistemas	Observación Control Interno
Definición de etapa de identificación de riesgos de seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Realizar etapa de análisis de riesgos de seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Efectuar etapa de valoración de riesgos de seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Generar etapa de manejo de riesgos de seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Definir la fecha de monitoreo de la aplicación de los controles definidos en la etapa de valoración	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Realizar comunicación con las dependencias de FONPRECON con el fin de dar a conocer los posibles riesgos de seguridad de la información que se puedan originar en cada una de las dependencias	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas



**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

**Creación y documentación de Matriz de riesgos de seguridad de la información versus controles**

<b>Actividad</b>	<b>Avance Área de Sistemas</b>	<b>Observación Control Interno</b>
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de políticas de la seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de organización de la seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de la seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de gestión de activos	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de criptografía	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de seguridad física y del entorno	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de seguridad de las operaciones	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de seguridad de las comunicaciones	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de relaciones con los proveedores	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de gestión de incidentes de seguridad de la información	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de aspectos de seguridad de la información de la gestión de la continuidad del negocio	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos
Documentación de matriz de riesgos vs objetivos de control de cumplimiento	No se soportó desarrollo con ninguna evidencia	No se puede evidenciar el avance de esta actividad por parte del área de Sistemas, lo cual representa un retraso de seis meses en la realización de los mapas de riesgos

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**Observación 9 - Incumplimiento Actividades del Plan**

Con lo anterior, se evidencia el incumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan por parte de la Oficina de Planeación y Sistemas, como responsables de su ejecución. Han transcurrido 6 meses sin que se pueda observar la ejecución de dicho plan, sin garantizarse el tratamiento de los riesgos de seguridad de la información y la gestión del riesgo positivo u oportunidad, acorde con lo establecido en el lineamiento de la administración de los riesgos, formulación, seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento, PLN-GTC-002 versión 1, aprobado por el Director General de la Entidad el día 25 de enero de 2019.

**PLAN MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

<b>Actividad</b>	<b>Avance Área de Sistemas</b>	<b>Observación Control Interno</b>
Avanzar en la revisión de las políticas de TI versión 3 preliminar, incluyendo temáticas de ciberseguridad basado en la norma ISO 27032	Se Aprobaron las políticas de TI versión 3, las cuales rigen en la Entidad desde el 9 de mayo del año en curso.	Se revisa que la política de TI se encuentra aprobada a la versión 3 el día 9 de mayo de 2019, se encuentra alineada al marco de la norma ISO 27032 sobre ciberseguridad.

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

<p>Solicitar a la subdirección administrativa, incluir en el plan anual de capacitación temas de ciberseguridad</p>	<p>1) Teniendo en cuenta la encuesta de avance de implementación de la Circular externa 007 de 2018 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, que en los numerales 3.14 y 3.2.5 solicita la inclusión de temáticas de ciberseguridad en el Plan Anual de capacitación, se informó el 26 de febrero del año en curso a la Coordinación de Talento Humano acerca de este requerimiento para su cumplimiento y se remitió la propuesta de capacitación en temas de ciberseguridad. Se incluyó la temática para el cuarto trimestre de 2019. Se oficializó la solicitud mediante memorando fechado 19-02-2019. *Se adjunta "Solicitud capacitación ciberseguridad.pdf"</p> <p>2) A través de la Oficina de Planeación y Sistemas se gestionó el acceso a la plataforma virtual de cyberacademia de una empresa reconocida en temas de ciberseguridad para cinco servidores de la Entidad por el término de dos (2) semanas.</p>	<p>1) La OCI encuentra que se solicitó a la Subdirección Administrativa y Financiera incluir dentro del plan anual de capacitación los temas sobre ciberseguridad, con memorando 20192200005563 del 19 de febrero de 2019</p> <p>2) Se consta por parte de la OCI que existió el acceso de los servidores a la plataforma cyberacademia</p>
<p>Establecer procedimiento para reporte de incidentes de ciberseguridad al CSIRT Gobierno y demás entes de interés</p>	<p>El procedimiento de reportes de incidentes de ciberseguridad se encuentra en la Gerencia de Calidad para la aprobación por parte de la Dirección General. Se adjunta correo.</p>	<p>El procedimiento se encuentra aprobado el día 21 de junio de 2019 y documentado en el SGC con código PRO-GTC-013 Versión 1</p>
<p>Ajustar cláusulas de confidencialidad en lo concerniente a ciberseguridad</p>	<p>Se realiza el ajuste a la política "Acuerdo de Confidencialidad" dentro del documento preliminar Políticas de TI V3.</p>	<p>Se encuentra que el "Acuerdo de confidencialidad" está incluido y ajustado dentro de la políticas de TI Versión 3</p>
<p>Avanzar en la revisión de las políticas TI versión 3 y presentarlo para revisión y aprobación</p>	<p>Se Aprobaron las políticas de TI versión 3, las cuales rigen en la Entidad desde el 9 de mayo del año en curso.</p>	<p>Se revisa que la política de TI se encuentra aprobada a la versión 3 el día 9 de mayo de 2019, se encuentra alineada al marco de la norma ISO 27032 sobre ciberseguridad.</p>
<p>Ajustar los lineamientos de ciberseguridad, la resolución 0517 del 15 de noviembre de 2017 del Comité de Desempeño Institucional, numeral 5 articulo 3 – Orientación</p>	<p>Acción pendiente por desarrollar para el segundo trimestre del 2019</p>	<p>Acción pendiente por desarrollar para el segundo trimestre del 2019</p>

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

de la gestión de tecnología y funciones del comité, alcance de seguridad de la información		
Socializar las políticas TI versión 3	Se socializaron a los servidores en correos del 21 y 30 de mayo del año en curso. Así mismo se encuentran publicadas en la web institucional en el siguiente enlace <a href="https://www.fonprecon.gov.co/planeacion/politicac_lineamientos_manuales/politicac_lineamientos/politicac_tecnologias_informacion_2928">https://www.fonprecon.gov.co/planeacion/politicac_lineamientos_manuales/politicac_lineamientos/politicac_tecnologias_informacion_2928</a>	Se consta que la política de TI Versión 3 se encuentra publicada en la página de la Entidad y fue socializada a los servidores del Fondo.
Consultar ante la Sub Dirección administrativa y Financiera, la viabilidad de un seguro para incidentes de ciberseguridad	Acción pendiente por desarrollar para el tercer trimestre del 2019	<i>Acción pendiente por desarrollar para el tercer trimestre del 2019</i>
Desarrollar metodología de Gestión de activos que le permite generar un inventario de activos de información exacto, actualizado y consistente, que a su vez permita definir la criticidad de los activos de información, sus propietarios, custodios y usuarios	Acción pendiente por desarrollar para el tercer trimestre del 2019	<i>Acción pendiente por desarrollar para el tercer trimestre del 2019</i>
Formular indicadores para medir la eficacia de la gestión de la seguridad de la información y ciberseguridad	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019
Realizar pruebas del plan de continuidad año 2019	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019
Definir un plan de comunicación, sensibilización y capacitación que incluya la estrategia para que la seguridad de la información se convierta en cultura	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019	Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

<p>organizacional, al generar competencias y hábitos en todos los niveles (directivos, funcionarios, terceros)</p>		
<p>Revisión periódica de planes, políticas y procedimientos para su actualización</p>	<p>1) El 25 de enero de 2019 se aprobaron los siguientes planes en su primera versión: PETI, Plan de tratamiento del Riesgo y Plan Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información 2) Se revisó y aprobó el 13 de marzo de 2019 el procedimiento de generación y restauración de copias de seguridad, 3) se documentó el procedimiento para la solución de incidentes y requerimientos a través de la mesa de ayuda, el cual fue aprobado el 6 de mayo del año en curso. 4) Se aprobó el 9 de mayo de 2019 la política de TI versión 3. 5) Se documentó el procedimiento de Gestión de proveedores y se remitió para aprobación a la gerencia de calidad. Se adjunta correo.</p>	<p>1) PETI, Plan de tratamiento del Riesgo de seguridad de la información y Plan Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información se encuentran aprobados y publicados 2) Se encuentra aprobado y publicado el procedimiento de Backups del 13 de marzo de 2019 en la versión 8. 3) Se encuentra aprobado el procedimiento de la mesa de ayuda versión 1 del 6 de mayo de 2019 4) Se constata que la política de TI Versión 3 se encuentra aprobada 5) Se comprueba por parte de la OCI que el procedimiento se encuentra aprobado el 21 de junio de 2019 y documentado en el SGC con código PRO-GTC-012</p>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN - PETI**

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) es un documento que define la estrategia bajo la cual se espera que las TI se integren con la misión, visión y objetivos organizacionales.

Actividad	Avance Área de Sistemas	Observación Control Interno
<p>Diseño, desarrollo y puesta en marcha de herramienta de aplicativo para seguimiento de los indicadores de procesos</p>	<p>Se realizaron pruebas con varias alternativas de terceros, presentando ante la alta dirección la opción ZOHO ANALYTICS en reunión del 24-05-2019 con asistencia de la Oficina de Control Interno. La solución presentada fue aprobada en versión gratuita inicialmente, acordando implementar en la herramienta los indicadores de los procesos de Atención al Usuario y</p>	<p>Se verifica la propuesta comercial de Zoho Analytics Online # OD369415B para la licencia de la plataforma de análisis de datos.  Se constata el diseño de los formularios en dos procesos de prueba que son: Atención al usuario y Prestaciones</p>

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

	Reconocimiento de Prestaciones Económicas, en lo cual se está trabajando actualmente. Como evidencia se adjunta enlaces a los formularios para reporte de datos de cada uno de los indicadores mencionados. Adicionalmente se solicitó cotización de licencia del producto ZHO ANALYTICS VERSIÓN Basic Anual (se adjunta correo con cotización). Se continúa avanzando en los modelos gráficos de cada indicador.	Económicas.
Solicitar la implementación de reportes estadísticos de Prestaciones Económicas con la firma ZUE SAS	Se adjunta correo con citación a reunión para tratar el tema y formalizar la solicitud.	Se evidencia, por parte de Control Interno, el correo electrónico de la citación de la reunión el 16 de mayo de 2019 y la reiteración el 25 de junio.
Cotizar la extensión de garantía para servidores Hewlett Packard y presentar este estudio de mercado para su revisión y aprobación	Se realiza estudios previos y contratación para extensión de garantía por dos años al Servidor Hewlett Packard	Se comprueba la realización de los estudios previos y la adquisición de la garantía extendida por \$16'000.000 en el contrato 060 de 2019 al proveedor COINSA LTDA
Realizar estudio de mercado para el licenciamiento de software para inventario de hardware, software y colector de logs LANSWEPPER, 22 licencias de office 365 que incluye red social corporativa YAMMER, servicio de mensajes de texto, renovación de certificados según vencimientos para presentarlo a revisión y aprobación	<i>Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019</i>	<i>Acción pendiente por desarrollar para el cuarto trimestre del 2019</i>
Avance en el desarrollo y puesta en marcha de aplicativo para seguimiento y alertas de riesgos	El aplicativo se encuentra en operación desde el pasado 30-04-2019. Se adjunta correo con instrucciones de instalación y un correo adicional con instrucciones de uso. Adicionalmente se agregaron funciones de reportes y alertas para la gestión y administración de la URO.	Se evidencia por parte de la OCI la existencia del aplicativo para el seguimiento de los riesgos así como el manual del programa y la socialización a los funcionarios.



### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Implementar el procedimiento de gestión de proveedores	La versión 1 fue revisada y enviada a Calidad para lo pertinente.	Se comprueba por parte de la OCI que el procedimiento se encuentra aprobado el 21 de junio de 2019 y documentado en el SGC con código PRO-GTC-012
--	---	---

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

### MAPA DE RIESGOS GESTIÓN TECNOLÓGICA

El proceso de Gestión Tecnológica cuenta con un mapa de riesgos de gestión actualizada a la versión 10, donde se encuentran incluidos los siguientes riesgos:

Pérdida de información Pérdida o alteración de datos con relación a la información sensible de negocio, en cualquiera de sus estados: información almacenada, en transporte, consulta o edición.

Indisponibilidad de la Plataforma Tecnológica - Perder total o parcialmente la capacidad de operación de los sistemas de información necesarios para el normal funcionamiento de la entidad.

Pérdida económica - Afectación de los sistemas de información que soportan la operación de la entidad, bien sea en su funcionalidad, acceso y/o el contenido de la información, ocasionado por pérdida o alteración total o parcial de la información.

GOBIERNO EN LÍNEA - No cumplir con los ejes temáticos de la estrategia de Gobierno en línea.

INCUMPLIMIENTO en las transmisiones a los entes externos en estadísticas de afiliaciones y pensionados

Así mismo, los anteriores riesgos tienen controles y acciones que disuaden la no materialización de estos y mitigación del impacto en tal caso que estos escenarios ocurran.

### 4. CONTRATACIÓN

Se solicitó al grupo de Bienes y Servicios, el listado de todos los contratos de la entidad realizados durante los años 2016, 2017 y 2018. De estos contratos se seleccionó una muestra tomando algunos contratos que cumplieran con los siguientes criterios de selección:

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

- Objetos relacionados con el proceso de Tecnología de la Información.
- Cuantía
- Adquisición de equipos
- Adquisición de licencias
- Servicios de mantenimiento
- Vigencias 2016, 2017 y 2018

Los contratos seleccionados fueron:

AÑO	NUMERO	NOMBRE	OBJETO	VALOR
2018	53	ZUE SAS	Prestar servicios profesionales con el fin de realizar el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de aplicación y base de datos para historial laboral, como un aplicativo integrado dentro del ERP ( Enterprise Resource Planning), que contenga todo los módulos que se encuentran operando en el sistema HISTLAB actual, garantizando optimo desempeño, integración con otros aplicativos del ERP	\$ 50.000.000
2017	85	UT SOFT - IG	Adquisición de licencias para actualización de PCs	\$ 20.680.197
2017	110	ZUE S.A.S.	Prestación de servicios de mantenimiento evolutivo y actualización de las versiones para las soluciones de software que actualmente operan en FONPRECON, 'MÓDULO DE CARTERA DE LA HERRAMIENTA ZBOX' para generación de liquidación de deuda por cada entidad y pensionado y de gestión de recaudo de cartera y 'SISTEMA DE NÓMINA ZUE 6.0.' para procesamiento de nómina de personal de planta	\$ 59.500.000
2017	139	ZUE S.A.S.	La prestación de servicios de soporte técnico y mantenimiento del sistema de información de nómina de pensionados y cuotas partes ZBOX para la vigencia 2017, desde la legalización del contrato hasta diciembre 31 de 2017.	\$ 19.950.000
2016	165	i2 SISTEMAS Y SEGURIDAD INFORMATICA LTDA.	Adquisición de ciento nueve (109) licencias del software antivirus ESET Endpoint Security Protection Advanced con licenciamiento a dos (2) años para la plataforma de TI de FONPRECON, configurada bajo Sistema Operativo Windows	\$ 7.632.800
2016	69	TECNOPHONE COLOMBIA S.A.S.	Entregar a título de compraventa cuarenta y ocho (48) equipos de cómputo Marca HP, Modelo PRODESK 400 G1	\$ 121.600.000

Fuente: Oficina de Control Interno – Muestra

**Contrato 53 de 2018**

Objeto: Prestar servicios profesionales con el fin de realizar el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de aplicación y base de datos para historial laboral, como un aplicativo integrado dentro del ERP (Enterprise Resource Planning), que contenga todos los módulos que se encuentran operando en el sistema HISTLAB actual, garantizando optimo desempeño, integración con otros aplicativos del ERP

El contrato fue celebrado con la empresa ZUE S.A.S, por un valor de cincuenta millones de pesos (\$ 50.000.000). Se procedió a la revisión la carpeta del contrato, así como el

### **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

cumplimiento de los procedimientos establecidos y del manual de contratación, encontrando que se cumplen con todas las acciones pertinentes.

#### **Contrato 110 de 2017**

Objeto: Prestación de servicios de mantenimiento evolutivo y actualización de las versiones para las soluciones de software que actualmente operan en FONPRECON, 'MÓDULO DE CARTERA DE LA HERRAMIENTA ZBOX' para generación de liquidación de deuda por cada entidad y pensionado y de gestión de recaudo de cartera y 'SISTEMA DE NÓMINA ZUE 6.0' para procesamiento de nómina de personal de planta

El contrato fue celebrado con la empresa ZUE S.A.S, por un valor de cincuenta y nueve millones quinientos mil pesos (\$ 59.500.000). Se procedió a la revisión la carpeta del contrato, así como el cumplimiento de los procedimientos establecidos y del manual de contratación, encontrando que se cumplen con todas las acciones pertinentes.

#### **Contrato 85 de 2017**

Objeto: Adquisición de licencias Microsoft destinadas a la actualización de treinta y un PC de escritorio de la versión Windows 7 Windows 2010 profesional.

Al revisar la carpeta del contrato, se observa que este cuenta con todos los documentos y pasos establecidos en el procedimiento respectivo y en el manual de contratación de la entidad, pero se detecta que la forma de recibir las licencias por parte de los responsables, únicamente se tuvo en cuenta la factura y no se evidencia que se ingresara a la página de Microsoft a verificar su autenticidad y si las licencias recibidas tienen las mismas especificaciones y servicios de las contratadas.

#### **CONTRATO 165 DE 2016:**

Objeto: Adquisición de ciento nueve (109) licencias de software antivirus ESET Endpoint Security Protección Advanced con licenciamiento a dos (2) años para la plataforma de TI de FONPRECON, configurada bajo Sistema Operativo Windows.

Este se adelantó por medio del proceso de mínima cuantía N° 35, en el cual se cumplió con todas las actividades del procedimiento y del manual de contratación.

Es de anotar que el procedimiento de recibo de las licencias, se realizó de manera correcta y detallada, dejando ver todos y cada uno de los pasos que se cumplieron y que permitieron que dichas licencias entregadas, cumplieran con las características solicitadas y ofertadas.

## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

### **Contrato 139 de 2017:**

Objeto: La prestación de servicios de soporte técnico y mantenimiento del sistema de información de nómina de pensionados y cuotas partes ZBOX para la vigencia 2017, desde la legalización del contrato hasta diciembre 31 de 2017.

El contrato fue celebrado con la empresa ZUE S.A.S, por un valor de Diecinueve millones novecientos cincuenta mil pesos (\$ 19.950.000). Se procedió a la revisión la carpeta del contrato, así como el cumplimiento de los procedimientos establecidos y del manual de contratación, encontrando que se cumplen con todas las acciones pertinentes, de manera correcta.

### **CONTRATO 69 DE 2016**

Objeto: Adquisición de equipos de cómputo y dispositivos de impresión multifuncionales para reforzar la plataforma de tecnologías de información.

Este proceso se realizó por medio de la Selección Abreviada 01 de 2016, con un presupuesto estimado de ciento cincuenta y dos millones de pesos (\$ 52.000.000) para tres lotes de productos así:

1. Equipos de cómputo tipo escritorio, por valor de ciento veintiún millones seiscientos mil pesos (\$121.600.000) adjudicado a la empresa TECNOPHONE COLOMBIA S.A.S.
2. Impresoras multifuncionales tipo laser, por once millones quinientos cuarenta y ocho mil trescientos treinta y tres pesos (\$11.548.333) adjudicado a la firma SCALAS S.A.S.
3. Servidor Blade, por dieciocho millones ochocientos cuarenta y siete mil pesos (\$18.847.000), adjudicado a la firma NUEVA ERA SOLUCIONES.

En la oferta técnica presentada para el lote N° 1 por parte de la empresa a la cual se le adjudicó el contrato, en la condición técnica N° 14 establece “Toda la instalación, garantías, registros y licenciamientos deberán ser documentados en forma consistente y completa, garantizando la originalidad de los productos y componentes entregados”

Así mismo dentro de las especificaciones técnicas descritas en el contrato, se estipulan el tipo de licencias que deben ser entregadas e instaladas.

El día 31 de marzo de 2016, se realiza la entrega de los equipos de cómputo, como consta en el acta de entrega, dentro del cual se describe el código de la licencia de Office Pro Plus 2016, que le corresponde a cada equipo. Así mismo el día cinco (5) de abril de 2016 se firmó por parte del supervisor el informe de actividades ejecutadas y el

**EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

documento de verificación y adquisición de bienes y servicios, así mismo el día ocho de Julio del 2016, se firmó por ambas partes el Acta de Liquidación del Contrato 069 de 2016.

El día 4 de julio del presente año, se practicó una verificación de las licencias de Windows y Office de algunos computadores de la entidad:

	FUNCIÓNARIO	DEPENDENCIA	MODELO	SERIAL	LICENCIA Nro.	PRODUCTO	LICENCIA Nro	PRODUCTO
6	Beatriz Alecina	Subdirección Administrativa y Financiera	HP PRODESK 400	MXL5382 MR2	8GGN4-GV3CW-FFDD2-6GXTM-YWRHM	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
7	Diana Marcela Pérez Moreno	Cobro coactivo	HP PRODESK 400	MXL5382N JQ	NM69KKYQD38-QW87X-2QXJX-WTYVM	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
17	Ángela Catalina Cisneros Torres	Subdirección de Prestaciones Económicas	HP PRODESK 400	MXL5382 MRB	X2YNM-Q6M8X-DQJ6M-HWQJJ-33W3Y	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
19	Fernando Duque	Planeación y Sistemas	HP PRODESK 400	MXL5382N CL	4NBXR-K8C7Y-JVW7F-VX6P9-YDW3Y	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
31	Felipe Giraldo	Subdirección de Prestaciones Económicas	HP PRODESK 400	MXL5382 MS4	QYG29-Y8NVR-YRXPY-T3DVW-GVJ3Y	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
40	Patricia Camargo	Planeación y Sistemas	HP PRODESK 400	MXL5382N 64	V9NQG-MM8GX-XDDP8-KRRMH-BDW3Y	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
43	Paulo Morillo	Control Interno	HP PRODESK 400	MXL5382N 6R	DNMXF-HKQR2-CR7JF-BFHKK-C7J3Y	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro
45	Subdirector Administrativo y Financiero	Subdirección Administrativa y Financiera	HP PRODESK 400	MXL5382N 7L	8YNGW-PW6KQ-V6BG7-JCP4X-QV7BB	Office Professional Plus 2016	650434-163	W 7 Pro

Fuente: Oficina de Control Interno

Para lo anterior se contó con la colaboración de los Ingenieros del Grupo de sistemas, autorizados previamente por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. Al analizar dicha información, se encontró que las licencias de Office de estos computadores no corresponden ni a las licencias que fueron entregadas a la entidad en el contrato No 69 de 2016, las cuales eran una (1) licencia para cinco (5) computadores, ni tampoco aquellas por las que fueron reemplazadas, y que eran una (1) para cada computador.

La licencia encontrada en todos los computadores revisados, era la **XQNVK-8JYDB-WJ9W3-YJ8YR-WFG99**, la cual, fue entregada a los ingenieros responsables de la instalación de licencias y programas a los computadores de la entidad, pero sin el cumplimiento de los procedimientos establecidos en los que participan el supervisor del contrato y el responsable del almacén. No se evidencian en la carpeta del contrato Ninguna de estas actividades realizadas.

**Observación No. 10 – Incumplimiento Procedimiento, Contratos 69 de 2016 y 85 de 2017**

## EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

Se incumplió el “procedimiento para la adquisición de bienes y servicios”, en su numeral 6.4 “verificación de producto comprado”, se describe quienes son los responsables de la verificación de los bienes adquiridos, encontrando en este caso que serían el responsable del Almacén y el supervisor del contrato, responsable de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Así mismo en las actividades 7 a la 10 del punto 7 (desarrollo del procedimiento), se describe la verificación del producto y los pasos a seguir si estos cumplen o no con las especificaciones técnicas descritas en el contrato.

**Esta Oficina de Control Interno recomienda que se efectuó un inventario de las licencias de Office que tiene la entidad verificando su autenticidad, con el objeto de presentar próximamente el informe a Derechos de Autor del Ministerio del Interior.**

### 5. FUNCIONES

El Decreto 3992 de 2008, (octubre 16), por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República – Fonprecon, estableciendo las funciones de las diferentes áreas de la Entidad.

Dicho Decreto en su artículo 5°, establece las funciones de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, entre las cuales están:

*“3. Diseñar el sistema de seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos adelantados por el Fondo, en coordinación con las dependencias de la Entidad, a fin de controlar los resultados de su ejecución y proponer los ajustes respectivos.*

*5. Consolidar los planes estratégicos, indicativos y operativos del Fondo, de acuerdo con las políticas sectoriales e institucionales y las propuestas de las dependencias y presentarlos a la Dirección General para su aprobación y reporte a los entes externos y de vigilancia y control.*

*16. Organizar y responder por el sistema de estadísticas institucionales, para contar con información histórica actualizada, que permita tomar decisiones acertadas en los diferentes ámbitos propios de la organización.”*

### Observación No. 11 – Incumplimiento Funciones

Se evidencia que a las funciones Nos. 3, 5 y 16 del Decreto 3992 de 2008 correspondientes a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas no se les ha dado cumplimiento ya que en la Entidad no existe un sistema de estadísticas Institucionales, en el que se incluya los datos relevantes de las diferentes áreas de la entidad que permita la toma de decisiones efectivas; no existe una consolidación de los planes



## **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

estratégicos que permita conocer el cumplimiento y ejecución oportuna en cualquier etapa, debido a la inexistencia de un sistema de seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos.

### **6. AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG**

Los avances de la entidad en el proceso de transición al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) V2, la oficina de planeación ha adelantado las siguientes acciones:

- Se expidió la Resolución No 1181 de 2017 por medio del cual se creó el comité de Gestión y Desempeño Institucional, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499 de 2017
- Los días 11 y 13 de abril de 2018, se realizó una jornada con todos los servidores de la entidad, a fin de darles a conocer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión V2.
- Se asistió al seminario programado por la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) sobre el nuevo MIPG y a la convocatoria realizada por este mismo asunto en el Ministerio de Salud.
- Conforme al manual operativo del MIPG, el punto de partida para comenzar la implementación del modelo es el FURAG II, que para el particular inició en 2018
- En ese sentido y teniendo en cuenta que para dicha época no se contaba con los resultados de FURAG II conforme al MIPG, en el mes de mayo de 2018, se solicitó una mesa de trabajo con el DAFP a fin de aclarar dicho aspecto entre otros, la cual fue agendada el 12 de julio de 2018, en donde asistió el Jefe de Oficina Asesora de Planeación y un servidor delegado.
- De acuerdo a los lineamientos de la precitada reunión, se inició la transición al nuevo modelo mediante la aplicación de los autodiagnósticos, como única herramienta existente para determinar el punto de partida del MIPG.
- Una vez estos fueron entregados por cada responsable, se consolidaron sus resultados Vs el último informe del FURAG II y fueron presentados al Comité de Gestión y Desempeño Institucional en sesión del día 26 de Julio de 2018.
- Teniendo los resultados de los autodiagnósticos, se realizaron los planes de acción por dimensión y política asociada
- Las líneas proyectadas, hacen referencia a cada una de los elementos cuyo puntaje

### EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

arrojado en cada autodiagnóstico, determina la necesidad de iniciar una acción de mejora.

- En materia de sensibilización se ha contado con dos charlas del MIPG por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, realizadas el 6 de diciembre de 2018 y el 12 de abril de 2019.
- Para el mes de noviembre del año 2018, se expidió Circular Interna desde la Dirección General, mediante la cual se fijaron lineamientos en la implementación del MIPG, bajo el establecimiento de un cronograma.
- Conscientes de la importancia de capacitar y profundizar cada vez más en la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión, la Entidad mediante Circular 2019200000054 del 30 de abril de 2019 informó a los servidores acerca de los medios dispuestos para realizar el curso virtual de MIPG.
- En cumplimiento de dicho cronograma, las actividades de alistamiento fueron desarrolladas y para el caso de la fase de Direccionamiento se inició de manera parcial con la revisión de la ejecución de los planes de acción, toda vez que, en curso de dicha fase, el día 14 de mayo del año en curso se obtuvieron los resultados del FURAG II, bajo el esquema del nuevo MIPG V2.
- Dichos resultados y el análisis correspondiente fueron expuestos al Comité de Gestión y Desempeño en sesión del día 22 de mayo de 2019, el cual contó con la asistencia de la oficina de Control Interno. Reunión en donde se aclaró que estos resultados se convierten en la línea base de acción para continuar el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, advirtiendo que a continuación se requiere el análisis de cada una de las actividades medidas para formular un nuevo plan de acción, replantear los cronogramas aprobados y realizar nuevos seguimientos a las líneas de acción identificadas.
- Teniendo en cuenta que con el FURAG II – 2018, ya se cuenta con la primera Línea Base del MIPG para el siguiente ciclo anual, la oficina de planeación en coherencia con lo expuesto en la última sesión del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, se encuentra en construcción de nuevos lineamientos sobre los resultados de esta medición, que además contengan las metas del Gobierno Nacional fijadas desde el Departamento Administrativo de la Función Pública, en reunión llevada a cabo el día 24 de mayo de 2019 con todas Las Entidades del Orden Nacional y territorial

Por todo lo mencionado anteriormente, es necesario que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas ajuste el cronograma establecido para la implementación del Modelo Integrado de planeación y Gestión – MIPG, teniendo en cuenta la modificación

### **EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR**

de la línea base para la construcción de los planes de acción a desarrollar.

### **OBSERVACIONES**

- Observación No. 1 - Actualización del Manual de Calidad MNL-SGC-001 Versión 7
- Observación No. 2 - Incumplimiento elaboración Programa de Auditorias
- Observación No. 3 - Incumplimiento Procedimiento PRO-GCD-005
- Observación No. 4 - Fortalecimiento Mapa de Riesgos
- Observación No. 5 – Contradicción en el Procedimiento Plan de Acción.
- Observación No. 6 - Seguimiento Planes de Acción
- Observación No. 7 - Plan Estratégico
- Observación No. 8 - Procedimientos faltantes.
- Observación No. 9 - Incumplimiento Actividades del Plan
- Observación No. 10 - Incumplimiento Procedimiento, Contratos 69 de 2016 y 85 de 2017
- Observación No. 11 - Incumplimiento Funciones

### **PLAN DE MEJORAMIENTO**

Se solicita que cada una de las observaciones comunicadas, deben incluirse en el plan de mejoramiento a suscribir, contemplando acciones preventivas y correctivas para los casos mencionados y así subsanar las observaciones presentadas.

Los tiempos para la realización de dichas actividades deberán ser cortos.

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas deberá construir y consolidar el Plan de Mejoramiento dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de la entrega del presente informe definitivo y enviarlo a Control Interno para su suscripción.

Para la presentación del Plan de Mejoramiento se deberá utilizar el formato F05-PRO-CIG-001, incluido en el Sistema de Gestión de la Calidad, Procedimientos Control Interno a la Gestión.